

balismo – ballismus

Authored by
memjavad

November 4, 2025

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *balismo – ballismus*. Spanish Psychological Databases. Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=2791>

Balismo

Primary Disciplinary Field(s): Neurología, Trastornos del Movimiento

1. Definición Central y Clasificación

El balismo (del griego *ballizein*, que significa 'saltar' o 'lanzar') es un trastorno hiperkinético del movimiento, severo y poco común, caracterizado por movimientos involuntarios, amplios, violentos y de tipo lanzamiento o sacudida de una extremidad, generalmente proximal. Estos movimientos son de naturaleza coreiforme pero de amplitud mucho mayor y de una intensidad que a menudo interfiere gravemente con las actividades diarias y el bienestar del paciente. La característica definitoria del balismo es su carácter incontrolable y la gran excursión de las articulaciones afectadas, asemejándose a un lanzamiento o patada vigorosa.

A diferencia de otros trastornos hiperkinéticos como la corea, que implica movimientos más fluidos y distales, o el temblor, que es rítmico, el balismo se distingue por su fuerza bruta y su naturaleza balística. Es crucial reconocer que el balismo no es una enfermedad en sí misma, sino un signo clínico de disfunción grave dentro del circuito de los [ganglios basales](#), específicamente en la vía motora que modula la actividad. Aunque puede afectar cualquier extremidad, su presentación más clásica y estudiada es el hemibalismo, que afecta un solo lado del cuerpo. La persistencia y violencia de estos movimientos pueden llevar a lesiones musculoesqueléticas, agotamiento físico y deterioro significativo de la calidad de vida.

La clasificación del balismo se realiza típicamente en función de las extremidades afectadas. El subtipo más prevalente y mejor documentado es el **hemibalismo**, donde los movimientos involuntarios se limitan a las extremidades (brazo y pierna) de un lado del cuerpo. Menos comunes son el **monobalismo**, que afecta solo a una extremidad; el **parabalismo**, que afecta ambas piernas; y el **dibalismo**, que involucra ambas extremidades superiores. Esta clasificación topográfica es fundamental para la localización de la lesión subyacente, dado que la manifestación unilateral (hemibalismo) apunta directamente a una patología contralateral en el sistema nervioso central.

2. Etiología y Mecanismos Fisiopatológicos

La causa etiológica más frecuente y clásica del balismo es la lesión estructural del [Núcleo Subtalámico](#) (NST) contralateral. El NST forma parte integral del circuito de los ganglios basales, el cual regula el inicio, la amplitud y la finalización del movimiento voluntario. Este circuito se divide conceptualmente en vías directa e indirecta. La vía directa facilita el movimiento, mientras que la vía indirecta, donde el NST juega un papel crucial, inhibe o frena el movimiento no deseado.

El NST es el único componente de los ganglios basales que posee conexiones glutamatérgicas excitatorias con el segmento interno del globo pálido (GPi) y la sustancia negra pars reticulata (SNr), que son las principales salidas inhibitorias del sistema. Cuando el NST funciona correctamente, excita al GPi/SNr, lo que resulta en una fuerte inhibición del tálamo y, consecuentemente, una supresión del movimiento. Sin embargo, una lesión en el NST (típicamente isquémica o hemorrágica) provoca una disminución de su actividad excitatoria. Esta hipoactividad del NST reduce la inhibición que normalmente ejerce el GPi/SNr sobre el tálamo. La consecuencia final es una desinhibición patológica del tálamo, lo que resulta en una sobreestimulación de la corteza motora. Esta cascada de desinhibición produce la liberación de movimientos violentos y no modulados, característicos del balismo.

La etiología más común del balismo, especialmente del hemibalismo agudo, es el accidente cerebrovascular (ACV), particularmente el infarto lacunar o la hemorragia que afecta directamente al NST o a sus vías de conexión cercanas. Otras causas incluyen tumores, abscesos, desmielinización (como en la esclerosis múltiple), traumatismos, malformaciones arteriovenosas y, menos frecuentemente, causas metabólicas como la [hiperglucemia](#) no cetósica, que puede provocar lesiones reversibles en el NST. La identificación precisa de la etiología mediante resonancia magnética (RM) es vital, ya que el pronóstico y el manejo terapéutico dependen de si la lesión es transitoria o permanente.

3. Manifestaciones Clínicas y Subtipos

El balismo se presenta como movimientos bruscos, de gran amplitud, que involucran predominantemente la musculatura proximal de las extremidades. Estos movimientos son continuos mientras el paciente está despierto y desaparecen por completo durante el sueño. La intensidad de los movimientos es tal que el paciente puede caerse, golpearse contra objetos o autolesionarse. Aunque el hemibalismo es el subtipo más común, la presentación clínica puede variar significativamente.

En el caso del **hemibalismo**, los movimientos afectan exclusivamente el lado contralateral a la lesión del NST. Por ejemplo, una lesión en el NST derecho provocará balismo en el lado izquierdo del cuerpo. Estos movimientos violentos son de naturaleza involuntaria y no rítmica, y a menudo se describen como "lanzamientos" o "latigazos". El paciente no tiene control sobre ellos y la fatiga muscular es una complicación frecuente debido a la actividad muscular constante y extenuante. El inicio suele ser agudo, en el contexto de un evento vascular.

Los movimientos balísticos a menudo coexisten con otros trastornos hiperkinéticos, lo que complica el diagnóstico. Es frecuente que el balismo se solape con la corea, siendo a veces difícil distinguir entre un balismo leve y una corea severa; en tales casos, el término **coreobalismo** se utiliza para describir un espectro de movimientos que combinan la amplitud violenta del balismo

con la naturaleza más fluida y distal de la corea. La distinción clínica principal radica en la proximidad y la violencia del movimiento: si el movimiento es predominantemente proximal y muy violento, se clasifica como balismo.

4. Diagnóstico Diferencial y Evaluación Neurológica

El diagnóstico del balismo es fundamentalmente clínico, basado en la observación de los movimientos característicos. Sin embargo, la evaluación neurológica debe ser exhaustiva para confirmar la etiología y descartar otros trastornos del movimiento que puedan simularlo, como la corea grave, la distonía paroxística o ciertos tipos de mioclonías. El diagnóstico diferencial se centra en la amplitud y la distribución de los movimientos.

La neuroimagen es esencial para establecer la causa subyacente. La **Resonancia Magnética (RM)** cerebral es la modalidad de elección, ya que permite visualizar con alta precisión las lesiones pequeñas en las estructuras profundas de los ganglios basales, como el NST. En pacientes con hemibalismo de inicio agudo, la RM típicamente revelará evidencia de un infarto o hemorragia en el NST contralateral. En casos de hiperglucemia no cetósica, la RM puede mostrar hiperintensidades reversibles en el NST y el putamen, un hallazgo crucial que orienta el tratamiento metabólico.

Adicionalmente, la evaluación debe incluir análisis de laboratorio para descartar causas metabólicas (glucosa, electrolitos, función tiroidea) y autoinmunes (anticuerpos específicos). La monitorización electrofisiológica, aunque no siempre necesaria, puede ayudar a caracterizar los movimientos y distinguirlos de otras condiciones como las crisis epilépticas focales, aunque estas últimas son raras y suelen tener una presentación más estereotipada. La clave diagnóstica es la correlación clínico-radiológica: movimientos violentos contralaterales a una lesión aguda del NST.

5. Abordajes Terapéuticos Farmacológicos

El tratamiento del balismo se dirige a dos objetivos principales: abordar la causa subyacente (si es posible, como en el caso de la hiperglucemia) y suprimir los movimientos hipercinéticos para prevenir el agotamiento y las lesiones. Dado que el balismo resulta de la desinhibición dopaminérgica y glutamatérgica, el tratamiento farmacológico busca restaurar el equilibrio inhibiendo la sobreactividad motora.

Los fármacos de primera línea suelen ser los agentes que agotan la dopamina, como la **tetrabenazina** y la **deutetrabenazina**. Estos medicamentos actúan inhibiendo el transportador vesicular de monoaminas tipo 2 (VMAT2), lo que reduce la liberación de dopamina en la hendidura sináptica. Al disminuir la señalización dopaminérgica, se reduce la excitación general del sistema motor. Sin embargo, estos fármacos deben usarse con precaución debido al riesgo de efectos secundarios, incluyendo depresión y parkinsonismo inducido.

Alternativamente, los **antagonistas dopaminérgicos** (neurolépticos) pueden ser efectivos, especialmente los neurolépticos atípicos como la risperidona u olanzapina, que bloquean los receptores D2. Estos agentes son particularmente útiles en el manejo inicial del balismo agudo. Otros fármacos utilizados incluyen los agentes GABAérgicos (como el valproato o el clonazepam), que aumentan la inhibición general del sistema nervioso, y los bloqueadores de los canales de calcio (como el diltiazem), aunque su mecanismo de acción específico en el balismo no está completamente dilucidado. La selección del fármaco depende de la gravedad de los síntomas y de la respuesta individual del paciente.

6. Intervenciones Quirúrgicas y Opciones Avanzadas

Si el balismo es refractario al tratamiento farmacológico máximo tolerado o si los efectos secundarios de los medicamentos son inaceptables, se consideran las opciones de tratamiento neuroquirúrgico. Estas intervenciones se basan en el principio fisiopatológico de restaurar la inhibición del tálamo y la corteza motora.

La **Estimulación Cerebral Profunda (DBS)** se ha consolidado como la opción quirúrgica reversible de elección. Los objetivos quirúrgicos primarios para la DBS en el balismo incluyen el segmento interno del globo pálido (GPi) o, en algunos casos, el propio núcleo subtalámico. La estimulación de alta frecuencia del GPi imita el efecto de una lesión inhibitoria, suprimiendo la actividad excesiva del GPi y normalizando la salida talámica. La DBS es altamente efectiva y ofrece la ventaja de ser ajustable, permitiendo optimizar los parámetros de estimulación para maximizar el control de los movimientos minimizando los efectos adversos.

Históricamente, los procedimientos lesionales, como la **palidotomía** (creación de una lesión quirúrgica en el GPi) o la **talamotomía**, se utilizaban para tratar el balismo intratable. Si bien son efectivos y pueden ofrecer una solución permanente, conllevan un mayor riesgo de déficits neurológicos permanentes y son irreversibles. Hoy en día, la DBS ha reemplazado en gran medida a la mayoría de las cirugías lesionales para el manejo de los trastornos del movimiento, incluido el balismo, debido a su perfil de seguridad y reversibilidad.

7. Pronóstico y Calidad de Vida

El pronóstico del balismo está íntimamente ligado a su etiología. En muchos casos de hemibalismo causado por un ACV, existe una tendencia natural a la mejoría espontánea, aunque esta puede tardar semanas o meses. Se estima que hasta el 50% de los casos de hemibalismo post-ACV se resuelven completamente o mejoran significativamente con el tiempo. Sin embargo, en otros pacientes, el balismo puede persistir y convertirse en una condición crónica y discapacitante.

Cuando el balismo es secundario a causas reversibles, como la hiperglucemia, el pronóstico es

excelente, con resolución completa de los síntomas tras la corrección de la anomalía metabólica. En contraste, las lesiones estructurales grandes o bilaterales tienden a asociarse con un balismo más persistente y resistente al tratamiento. La cronicidad del balismo reduce drásticamente la [calidad de vida](#), limitando la movilidad, el sueño y la capacidad de realizar tareas básicas, y a menudo requiere una intervención multidisciplinaria que incluya terapia física y ocupacional para manejar las secuelas.

La gestión exitosa del balismo requiere un enfoque integral que no solo se centre en la supresión de los movimientos, sino también en el apoyo psicológico y social. La naturaleza violenta e incontrolable del balismo puede generar aislamiento social, ansiedad y depresión. Por lo tanto, el manejo debe incluir la rehabilitación para mitigar el riesgo de caídas y lesiones, y el apoyo para ayudar al paciente a adaptarse a las limitaciones funcionales impuestas por este trastorno hipercinético severo.

8. Lecturas Adicionales

[Balismo - Wikipedia](#)

[Ganglios Basales - Wikipedia](#)

[Núcleo Subtalámico - Wikipedia](#)

[Hemiballism: A Review of the Current Literature](#)